

第8章 四病院団体協議会主催「臨床研修指導医養成課程講習会」における EBM 利用実態調査

医療法人社団カレス アライアンス
北海道家庭医療学センター
葛西 龍樹

研究要旨

診療ガイドラインの評価と活用についての国内実態調査の一環として、四病院団体協議会主催「臨床研修指導医養成課程講習会」参加者 400 名(100 名×年 4 回)を対象に調査を行ない、各臨床研修病院でのガイドラインの評価や活用はどのようなものであるか、EBM 実施のインフラの整備がどのように進んでいるのか、を明らかにした。臨床研修統括者と協力者は、EBM 全般について関心が乏しかった。臨床研修責任者と指導者は、関心は比較的あるが、EBM の臨床教育への導入は「たまたま」を若干上回る程度であった。EBM の臨床教育への導入を困難にしているバリアとしては、「エビデンスの欠如」、「日常診療で行うには実際的でない」、「実際の患者に適応しにくい」という EBM そのものへの疑問、「文献検索に自信がない」、「論文の批判的吟味に自信がない」という技術てきなこと、そして「時間がない」、「よい道具・資料がない」、「指導出来るものがない」という環境整備に関するものが多かった。EBM についての理解を深め、EBM ツールの利用を促進し、指導者の養成を行なうことが求められる。

A. 研究目的

社団法人 日本病院会、社団法人 全日本病院協会、社団法人 日本医療法人協会、社団法人 日本精神科病院協会で構成される四病院団体協議会(四病協)では、平成 15 年度から臨床研修指導者養成課程講習会を開催している。葛西はこの講習会のチーフ・コーディネーターに指名されている。四病協には日本の臨床研修病院の 8 割が加盟しているので、そこから派遣されるこの講習会の参加者(臨床研修病院の指導医、管理者)は、日本の臨床研修現場を代表する情報を得るよい集団である。

本研究の目的は、診療ガイドラインの評価と活用についての国内実態調査の一環として、この講習会参加者 400 名(100 名×年 4 回)を対象に調査を行ない、各臨床研修病院での診療ガイドラインの評価や活用はどのようであるか、EBM 実施のインフラの整備がどのように進んでいるのか、を明らかにすることである。

B. 研究方法

平成 16 年 3 月 5 日(金)～7 日(日)に開催された平成 15 年度第 2 回四病協主催臨床研修指導者養成課程講習会の期間中に、表 1 のような質問票による調査を実施した。質問票は講習会開始時に配布し、講習会の期間中に各自記載してもらい、講習時終了時に提出してもらった。

C. 結果

講習会は半日コースと 3 日コースに分けられ、半日コースの対象は、臨床研修統括者(各病院で臨床研修を統括する者)と臨床研修協力者(各病院で臨床研修をバックアップする部門の統括者)、3 日コースの対象は、臨床研修責任者(各診療科で臨床研修を統括する者)と臨床研修指導者(各診療科で実際に研修医を指導する者)であった。半日コース参加者(統括者・協力者)は、参加者 43 人中 30 人が回答し、大学卒業後平均 28.5 年目(16～43 年)、教育方法を学んだ経験は「ある」14 人、「ない」15 人だった。3 日コース参加者(責任

者・指導者)は、参加者 50 人中 46 人が回答し、卒業後平均 21.9 年目(6～35 年)、指導医経験者は 26 人、教育方法を学んだ経験は「ある」9 人、「ない」16 人だった。EBM、診療ガイドラインについての回答結果集計して表 2、3 にまとめた。

D. 考察

臨床研修統括者と協力者は、EBM 全般について関心が乏しかった。アンケートの方法の改善も必要かもしれない。臨床研修責任者と指導者は、関心は比較的あるが、EBM の臨床教育への導入は「たまたま」を若干上回る程度であり、ツールの利用に関しては、診療ガイドラインが一番利用されて入るが、それでも「たまたま」を上回る程度であった。EBM の臨床教育への導入を困難にしているバリアとしては、「エビデンスの欠如」、「日常診療で行うには実際的でない」、「実際の患者に適応しにくい」という EBM そのものへの疑問、「文献検索に自信がない」、「論文の批判的吟味に自信がない」という技術できないこと、そして「時間がない」、「よい道具・資料がない」、「指導出来るものがない」という環境整備に関するものが多かった。EBM についての理解を深め、EBM ツールの利用を促進し、指導者の養成を行なうことが求められる。

E. 結論と今後の方向性

今後の講習会でも継続してアンケート調査を試行し、調査方法の改善もして、よりよく実態を反映するデータを集積し、ガイドラインの評価も含めた臨床教育現場での EBМ 活用を促進するための提言をしていきたい。

表1 質問票

下記の項目それぞれについて、自分の意見に合う箇所を○印をつけ、コメントを書いて下さい。

●EBMをどの程度臨床教育に利用していますか。

非常によく利用 よく利用 たまに利用 全然利用しない
 100-----75-----50-----25-----0

コメント

以下は質問文のみ掲載(形式は上記と同じ)

●診療ガイドラインをどの程度臨床教育に利用していますか。

●*Clinical Evidence*(英語版)をどの程度臨床教育に利用していますか。

●*Clinical Evidence*(日本語版)をどの程度臨床教育に利用していますか。

●*UpToDate*をどの程度臨床教育に利用していますか。

●*InfoPOEMs/InfoRetriever*をどの程度臨床教育に利用していますか。

●臨床教育にEBMを導入する場合、何が困難(障害)になっていますか。(○をつけて下さい。複数回答可)

- ()エビデンスの欠如 ()概念が新しすぎる
- ()日常診療で行うには実際的でない ()アートとしての医療になじまない
- ()文献検索に自信がない ()論文の批判的吟味に自信がない
- ()時間がない ()よい道具・資料がない ()指導できる者がいない
- ()実際の患者に適応しにくい ()患者が望まない
- ()その他<具体的にお書き下さい>

表2 結果(半日コース)

- EBMをどの程度臨床教育に利用していますか(スケール上のスコア、平均50点)
 - 診療ガイドラインをどの程度臨床教育に利用していますか(平均45点)
 - Clinical Evidence(英語版)をどの程度臨床教育に利用していますか(平均20点)
 - Clinical Evidence(日本語版)をどの程度臨床教育に利用していますか(平均20点)
 - UpToDate をどの程度臨床教育に利用していますか(平均15点)
 - InfoPOEMS / InfoRetriever をどの程度臨床教育に利用していますか(平均10点)
- 臨床教育に EBM を導入する場合、何が困難(障害)になっていますか?(複数回答可)

エビデンスの欠如(3件)

概念が新しすぎる(0件)

日常診療で行うには実際的でない(4件)

アートとしての医療になじまない(0件)

文献検索に自信がない(1件)

論文の批判的吟味に自信がない(2件)

時間がない(2件)

よい道具・資料がない(1件)

指導出来るものがない(2件)

実際の患者に適応しにくい(3件)

患者が望まない(0件)

その他<具体的にお書きください>

* エビデンスのない分野が多すぎる。エビデンスのみでは新しいことは出来ない

表3 結果(3日コース)

●EBMをどの程度臨床教育に利用していますか(平均36点)

コメント

- * Up-to-date が多い。
- * 大切なことなので利用したい。
- * 麻酔科の領域ではあまり利用する場面がないように思います。
- * 今後は利用を考えていきたい。
- * EBM は本当に外挿可能ですか？

●診療ガイドラインをどの程度臨床教育に利用していますか(平均43点)

コメント

- * 利用できるガイドラインが少ない。

● Clinical Evidence (英語版)をどの程度臨床教育に利用していますか(平均8点)

● Clinical Evidence (日本語版)をどの程度臨床教育に利用していますか(平均14点)

● UpToDate をどの程度臨床教育に利用していますか(平均15点)

コメント

- * 当院のどのコンピュータからもアクセスできるので、本よりも参照し易い。
- * 最近の内容を知りたいので利用したいが・・・

● InfoPOEMS / InfoRetriever をどの程度臨床教育に利用していますか(平均2点)

コメント

- * 利用したい。

●臨床教育にEBMを導入する場合、何が困難(障害)になっていますか?(複数回答可)

エビデンスの欠如(7件)

概念が新しすぎる(2件)

日常診療で行うには実際的でない(5件)

アートとしての医療になじまない(1件)

文献検索に自信がない(9件)

論文の批判的吟味に自信がない(8件)

時間がない(19件)

よい道具・資料がない(9件)

指導出来るものがない(16件)

実際の患者に適応しにくい(7件)

患者が望まない(1件)

その他

- * 当院外科の先生は一症例報告の文献でもEBMだと言って権力行使するケースもあります。利用する者にEBMの違いがあるとすれば、大変なことにならないと思いませんか？

- * 外的妥当性を考慮して実際の患者にエビデンスを応用していく部分を強調しないと、初期研修医の教育は難しいと思います(それが EBM の概念に含まれるということもふくめて)
- * 各診療科により異なると思います(十分な外部エビデンスという意味ですが)
- * 導入環境をまずつくりたいといけない。
- * 外科系手術では個々の施設・個人による差が大きすぎる。
- * EBM に対する認識が欠如していた(反省です)

第9章 診療ガイドラインに関するアンケート調査

国立保健医療科学院政策科学部

長谷川 敏彦

池田 奈由

東邦大学医学部公衆衛生学講座

長谷川 友紀

研究要旨

実際にプライマリーケアに従事する医師 10,000 人を対象に、代表的な 8 疾患の診療ガイドラインの普及・認識の状況、使用の状況、評価について郵送調査法によりアンケート調査を実施した。1,413 件（回答率 14.1%）に回答が得られた。診療ガイドラインの認知度と臨床での利用度は、高血圧と糖尿病、高脂血症で 8 割程度、又はそれ以上と高く、喘息は 7 割、胃潰瘍での認知度は 5 割、前立腺肥大症と腰痛症、アレルギー性鼻炎での認知度は 2-3 割であった。8 疾患ともに、ガイドラインの内容は分かりやすく、診療で使いやすく、科学的根拠に基づいていると回答した者が多かった。診療ガイドラインについてガイドラインは現場の治療に有用とする者が 78.3%、厚生労働省研究費によるガイドライン作成は良いとする者が 57.3%、その理由として標準治療を政府は推進すべきであるとする者が 34.4%、ガイドラインの改訂頻度は 2 年以上 5 年未満が適当とする者が 51.3%であった。

A. 研究目的

近年、最新の科学的根拠に基づいた診療ガイドラインの作成の重要性が注目されている。臨床の場に即したより良い診療ガイドラインを作成するためには、診療ガイドラインの認知度や普及度、理解度、臨床での応用の実態を把握し、診療ガイドライン作成過程へフィードバックさせることが不可欠である。そこで、第一線で活躍する一般医を対象に、診療ガイドラインに関するアンケートを実施した。

B. 研究方法

無作為抽出された内科医 10,000 名を対象に、郵送調査法によるアンケート調査を実施した。平成 16 年 2 月 5 日に質問票を発送し、平成 16 年 2 月 29 日を返送締め切りとした。調査項目は、8 疾患（高血圧、糖尿病、喘息、前立腺肥大症、胃潰瘍、腰痛症、アレルギー性鼻炎、高脂血症）の診療ガイドラインの認知度と普及度、理解度、診療ガイドラインの認知媒体、各診療ガイドラインの内容に関する意見、診療ガイドラインで推薦される診療方法に関する意見と臨床での応用、診療ガイドライン全般に関する意見（現場での有用性、改定頻度等）であった。（調査票は巻末資料参照）

C. 結果

回収数は 1,413 件（回答率 14.1%）であった（平成 16 年 3 月 10 日時点）。回答者の平均年齢は 57.0 歳、診療科は内科 74.9%、消化器科 10.3%、循環器科 8.4%、一日当

り平均患者数は 51.4 人であった。

（1）普及度と使用度

診療ガイドラインの認知度と臨床での利用度は、高血圧と糖尿病、高脂血症で 8 割程度、又はそれ以上と高く、喘息は 7 割、胃潰瘍での認知度は 5 割、前立腺肥大症と腰痛症、アレルギー性鼻炎での認知度は 2-3 割であった。ガイドラインの認知媒体は、学術誌、次いで製薬企業パンフレット、専門書籍が多かった。8 疾患ともに、ガイドラインの内容は分かりやすく、診療で使いやすく、科学的根拠に基づいていると回答した者が多かった。

（2）各ガイドライン評価

高血圧の軽症高血圧は妥当であるとする者が 67.0%、軽症高血圧患者に非薬物療法を実施している者が 77.8%、糖尿病分類は病態分類が適切であるとする者が 51.0%、血糖管理を HbA1c 値 5.8 以上 6.5%未満とすべきとする者が 69.6%、喘息患者にピークフローメータとステロイド吸入薬を使う者が 51.9%、中等度の前立腺肥大症に α 遮断剤が第一選択薬として適切とする者が 45.7%、アレルギー性鼻炎で「くしゃみ・鼻水」と「鼻閉」型に二分する方法と重症度別方法のどちらが良いか分からない者が 44.2%、高コレステロール血症の閾値 220mg/dl が妥当とする者が 50.7%であった。

（3）全般評価

ガイドラインは現場の治療に有用とする者が 78.3%、厚生労働省研究費によるガイドライン作成は良いとする者が 57.3%、そ

の理由として標準治療を政府は推進すべき
であるとする者が 34.4%、ガイドラインの

改訂頻度は 2 年以上 5 年未満が適当とする
者が 51.3%であった。

第10章 高血圧診療の現状と対策

国立保健医療科学院政策科学部

長谷川 敏彦

池田 奈由

東邦大学医学部公衆衛生学講座

長谷川 友紀

研究要旨

診療実態に即した高血圧治療ガイドライン改訂に資することを目的に、診療と管理の状況に基づいて高血圧診療の実態を分析した。平成12年度第5次循環器疾患基礎調査個票データを用い、30歳以上の5460名（65.3%、男性2231名、女性3229名）を対象として全国規模での推計を行った。降圧剤服薬中の者は1390万人であり、そのうち血圧が管理されている者は旧定義で873万人（63%）、新定義で358万人（26%）であった。管理不良の結果、6000億円以上の医療費が無駄となっており、服薬コンプライアンスの改善や患者支援システムの整備が極めて重要である。既往があるにもかかわらず服薬をしたことがない、又は服薬を中止した者は600万人で、そのうち非薬物療法を受けているのは21%であり、残りの500万人弱は未治療である。健診や人間ドック等で高血圧を指摘されたにもかかわらず、その後の追跡体制に不備があったことも一因と考えられる。また、550万人が160/95mmHg以上であるにもかかわらず未だ診断されていない。これらの患者を発見するための具体的なシステム作りが急務である。更に、JSH2000により1100万人が新たに軽症高血圧と分類されるに至った。JSH2000では非薬物療法の適応とされているが、内科医に対するアンケート調査では約80%の医師が依然として薬物療法を選択すると回答している。1100万人に薬物療法を適応すると更に1兆円を要する。ガイドラインを策定するに当たっては、使用可能な人や費用などの資源を勘案する必要がある。

A. 研究目的

平成 12 年、日本高血圧学会が発表した高血圧治療ガイドライン (JSH2000) では、収縮期血圧 140~159mmHg または拡張期血圧 90~99mmHg を新たに軽症高血圧と定義した。高血圧症診療の重大な問題は、重篤な合併症が多く、多くの資源が使われているにもかかわらず治療不全が多いことであり、診療実態の改善が急務である。しかしながら、平成 16 年夏には高血圧治療ガイドライン改訂のための作業が開始されるが、診療実態の改善よりも高血圧の定義に議論が集中する懸念がある。そこで、診療実態に即した高血圧治療ガイドライン改訂に資することを目的に、診療と管理の状態に基づいて高血圧診療の実態を分析した。

B. 研究方法

平成 12 年度第 5 次循環器疾患基礎調査個票データを用い、30 歳以上の男女 8357 名のうち、高血圧の既往の有無、降圧剤服用経験の有無、血圧測定値に関する変数が全て存在する 5460 名 (65.3%、男性 2231 名、女性 3229 名) を対象とした。

高血圧の定義については、従来の世界保健機構による 160/95mmHg 以上を旧定義、平成 12 年度に本稿血圧学会による 140/90mmHg を新定義とした。高血圧であると診断されたことがある、又は血圧値が 160/95mmHg 以上である者を高血圧患者、更に降圧剤を毎日、又は時々服薬している者を服薬中と定義した。

C. 結果、D. 考察 および E. 結論

平成 12 年度の 30 歳以上人口のうち、降圧剤服薬中の者は 1390 万人であり、そのうち血圧が管理されている者は旧定義で 873 万人 (63%)、新定義で 358 万人 (26%) であった¹。管理不良の結果、6000 億円以上の医療費が無駄となっており、服薬コンプライアンスの改善や患者支援システムの整備が極めて重要である。

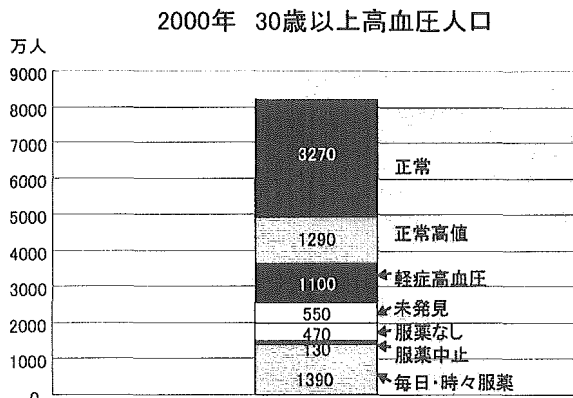
既往があるにもかかわらず服薬をしたことがない、又は服薬を中止した者は 600 万人で、そのうち非薬物療法を受けているのは 21% であり、残りの 500 万人弱は未治療である。健診や人間ドック等で高血圧を指摘されたにもかかわらず、その後の追跡体制に不備があったことも一因と考えられる。

また、近年の健診や人間ドックの発達にもかかわらず、550 万人が 160/95mmHg 以上であるにもかかわらず未だ診断されていない。これらの患者を発見するための具体的なシステム作りが急務である。

更に、JSH2000 により 1100 万人が新たに軽症高血圧と分類されるに至った。JSH2000 では非薬物療法の適応とされているが、内科医に対するアンケート調査では約 80% の医師が依然として薬物療法を選択すると回答している。1100 万人に薬物療法を適応すると更に 1 兆円を要する。最近の研究では、非薬物療法は薬物療法より費用がかかるとの報告もある。ガイドラインを策定するに当たっては、使いうる人や費用の資源を勘案する必要がある。

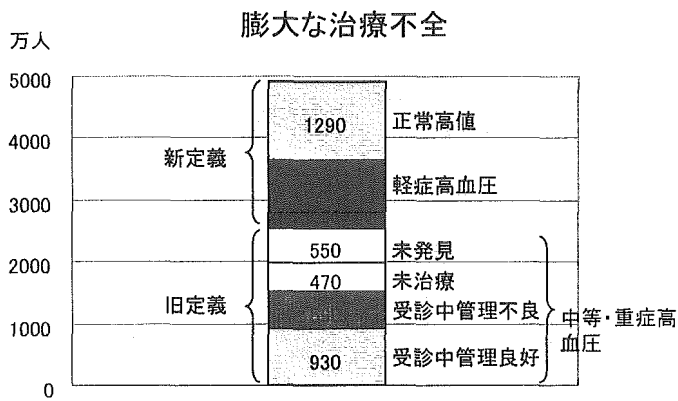
参考文献

1. 長谷川敏彦, 池田奈由: 「カヴァレッジ
(普及度) による日本高血圧政策の評
価」、『日本衛生学雑誌』58 卷 1 号、
p16



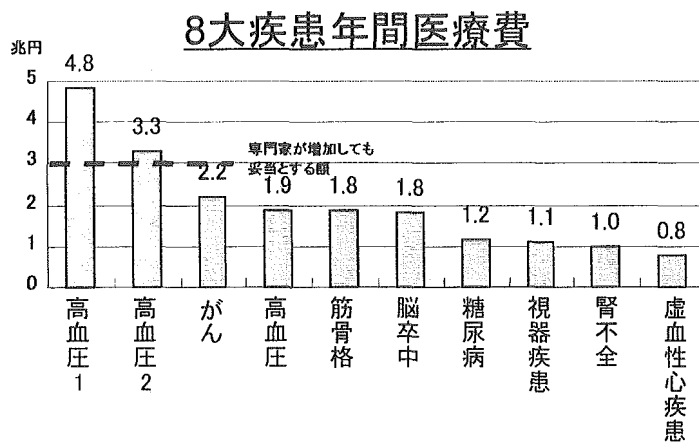
循環器疾患基礎調査2000

図1 30歳以上の高血圧人口と治療状況



循環器疾患基礎調査2000

図2 旧定義、新定義による高血圧人口と治療状況



1 未治療患者すべて 2 新定義患者含む

国民医療費2001等から集計

図3 8大疾患の年間医療費

第11章 喘息死亡率と診療ガイドライン導入についての時系列分析

国立保健医療科学院政策科学部

長谷川 敏彦

池田 奈由

東邦大学医学部公衆衛生学講座

長谷川 友紀

研究要旨

診療ガイドラインは医療の標準化、質向上のための有力な手法である。しかし、診療ガイドラインの導入に伴い、治療結果の改善を実証的に明らかにした研究は少ない。本研究では、明治41年（1909年）～平成14年（2002年）の喘息により死亡率と診療ガイドラインの導入時期について検討した。死亡率は、男性が女性よりも高い。男女計の喘息死亡率は、1909年の人口10万人対14人から2002年の3人まで、一時的な増加を認めるものの総体としては減少傾向にある。時系列分析によると、喘息の死亡に対してガイドラインの影響があったことが示唆される。また、死亡率低下と診療ガイドラインの関係は、35-64歳において顕著であった。

A. 研究目的

診療ガイドラインが診療のみならず診療結果に影響を与えた実際例として、喘息を分析する。

B. 研究方法

明治41年(1909年)～平成14年(2002年)について、人口動態統計年次別死亡統計の喘息死亡数と、人口動態統計の人口を用いて、性・年齢階級別に喘息死亡率を算出し時系列で分析した。

C. 結果、D. 考察 および E. 結論

時系列では一貫して男性が女性よりも高い(図1)。男女計の喘息死亡率は、1909年の人口10万人対14人から1930年の10人へ徐々に低下したが、その後上昇に転じ1950年には19.5人に至った。その後再び低下し始め、1970年代末以降5人前後を推

移し、2000年に4人を切り、2002年には3人にいたった。

年齢階級別に見ると、65歳以上が圧倒的に高く、1950年の人口10万人対245.0人から急激に低下し、1990年に30.0人に到達した以降は緩やかな低下を続け、2002年には13.6人に至った(図3)。35-64歳は1980年に2.4人に到達した後、15年間2人前後を推移し、1994年に2人を切ってからは低下を続け、2002年には1人を切るに至っている。5-34歳は、1970年代以降0-1人を推移している。0-4歳は、1950年の8.9人から急激に低下して1972年に1人を切った後は、1人以下を推移し、1990年代後半に0.5人を切っている。

時系列分析によると、喘息の死亡に対してガイドラインの影響があったことが示唆される(図2、図4)。また、死亡率低下と診療ガイドラインの関係は、35-64歳において顕著であった。

表1 日本のガイドライン

- 1993年 喘息予防・管理ガイドライン
- 1995年 成人喘息の診断と治療（日本アレルギー学会）
- 1998年 喘息予防・管理ガイドライン（厚生省免疫・アレルギー研究班）
- 2000年 EBMに基づいた喘息治療ガイドライン（宮本班）

喘息死亡率 性別 年次推移 1909-2002年

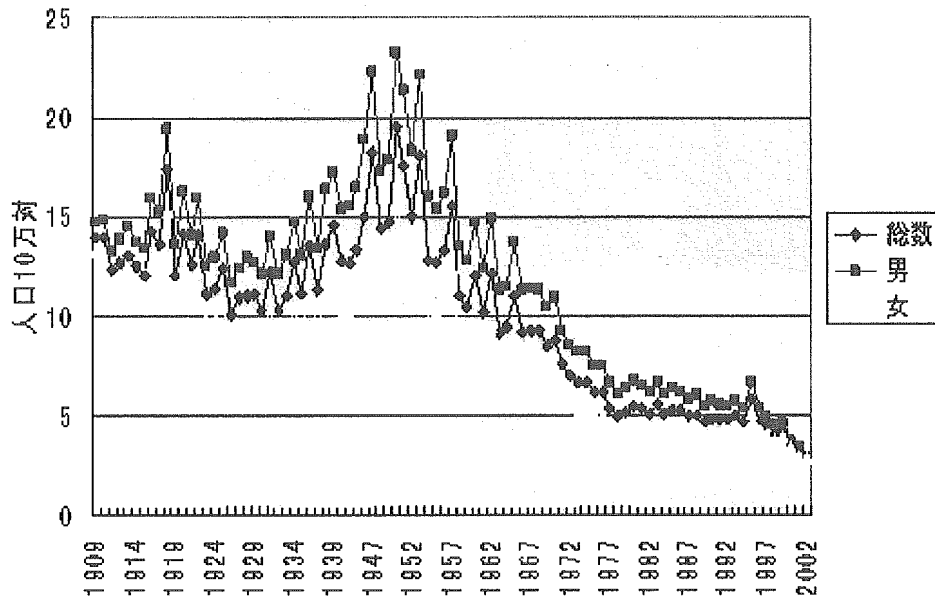


図1 男女場悦の喘息による死亡率推移

喘息死亡率(総数) 年次推移 1950-2002年

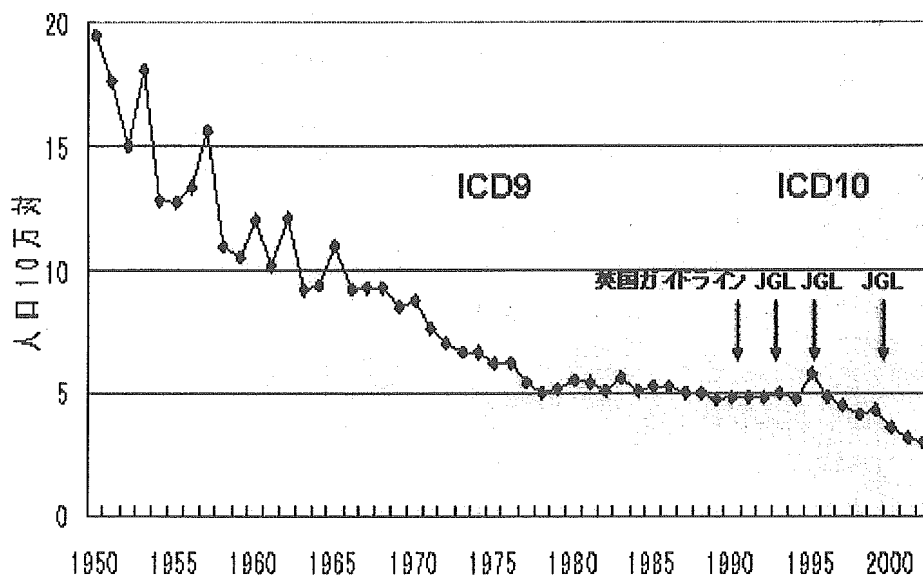


図2 喘息死亡率と診療ガイドラインの関係

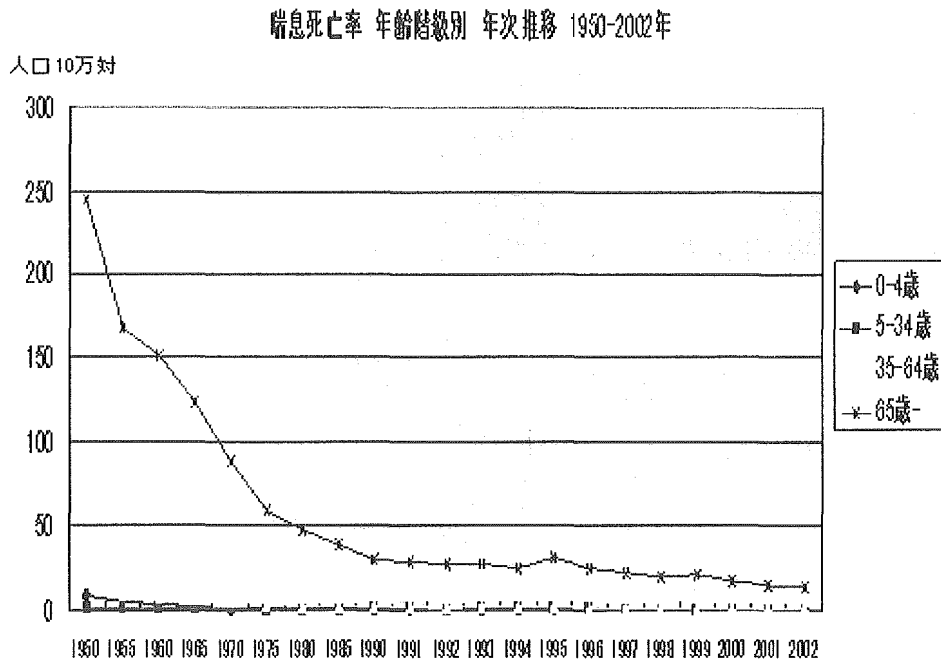


図3 年齢階級別の喘息死亡率の推移

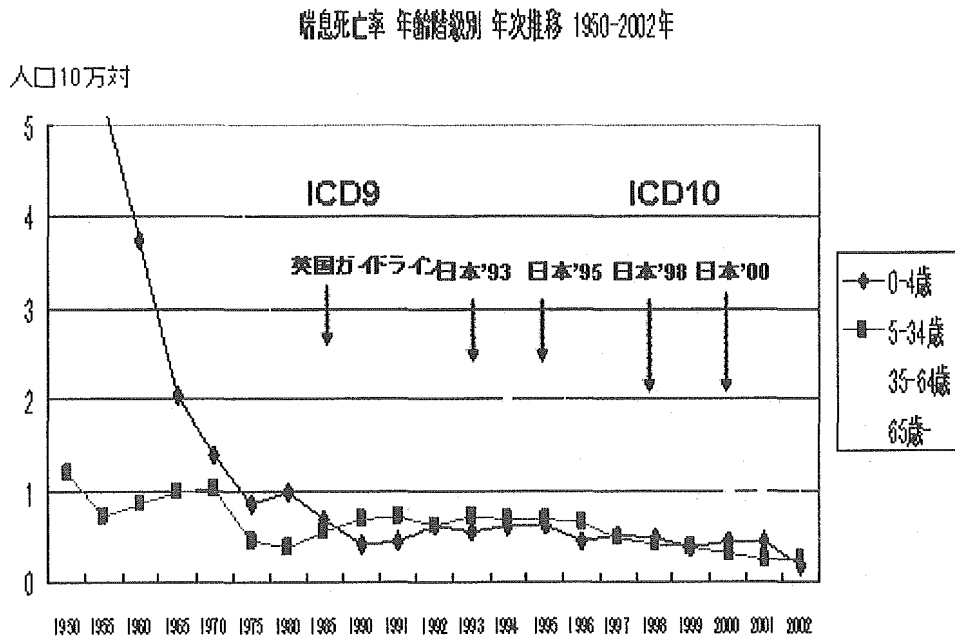


図4 年齢階級別喘息死亡率と診療ガイドラインの関係

第12章 AGREE 評価票の有用性に関する研究

東邦大学医学部公衆衛生学
長谷川 友紀
城川 美佳

研究要旨

AGREE 評価票は診療ガイドラインの評価手法として世界的に使用されている。しかし、評価は診療ガイドライン中の明示的な記載の有無にのみ基づいて行われるために、実際には作成段階で検討されていても、診療ガイドライン本文の限られた分量、あるいは明示的な記載が必要であるとの認識を作成者が有さないために、実態より低く評価される可能性がある。本研究では、1999-2002 年までに厚生労働科学研究費を得て診療ガイドラインを作成した 20 研究班にアンケートを行い 16 研究班から回答を得た。AGREE は標準的な診療ガイドライン評価手法であるが、明示的な記載にのみ基づいて評価を実施するために、実際より過小評価される可能性がある。アンケート調査では、診療ガイドライン作成者の大部分が AGREE 評価票を有用であると評価していたが、実際の使用にあたっては、改善すべき項目とともに、実態より過小評価されやすい項目についても十分に留意される必要がある。

A. 研究目的

AGREE instrument は診療ガイドラインの評価手法として世界的に使用されている。しかし、評価は診療ガイドライン中の明示的な記載の有無にのみ基づいて行われるために、実際には作成段階で検討されていても、診療ガイドライン本文の限られた分量、あるいは明示的な記載が必要であるとの認識を作成者が有さないために、実態より低く評価される可能性がある。本研究では診療ガイドライン作成者にアンケート調査を実施し、実際の検討内容・作成状況が診療ガイドライン本文にどの程度明示的に示されているかを明らかにした。

B. 研究方法

第2章のアンケート調査実施時に並行して実施した。詳細については第2章を参照。質問項目は、(1) AGREE 評価票を用いた明示的な記載に基づく評価、(2) 診療ガイドラインに必ずしも明示されていなくても実際に行われた検討内容・作業内容に基づく AGREE 評価の双方を回答者に行っていただき、その比較検討を実施した。

C. 結果

本研究では、1999-2002 年までに厚生労働科学研究費を得て診療ガイドラインを作成した 20 研究班にアンケートを行い 16 研究班から回答を得た。

(1) AGREE の評価手法としての有用性

1) 有用	: 6研究班
2) どちらかといえば有用	: 8研究班
3) どちらかといえば役に立たない	: 2研究班
4) 役に立たない	: 0研究班

と、回答者の大部分は AGREE 評価票を有用であると回答した。3) 4) の理由としては、「少々マニアックで独断的かと思われる」、「各項目の判定基準が不明確(わかりにくい)」が挙げられた。

(2) 明示的記載と実際の作成作業との比較

AGREE 評価票は23項目からなり、各項目について、4点:「強くあてはまる」～1点:「全くあてはまらない」、または「情報がない」の4段階で評価する。結果を表1に示す。明示的記載に基づく評価では、実際の作成作業に基づく評価と比較して4.51点(6.3%)過小評価していた。項目別では、「7. 想定利用者による試行」25.4%、「23. 作成グループとの利害関係の記載」19.7%、「5. 患者の価値観や好みへの考慮」10.6%、「13. 公表前の外部審査」10.3%、「20. 推奨適用に伴う費用の考慮」9.8%、「11. 健康上の利益・副作用・リスクの考慮」9.5%、「14. 改訂手続きの予定」8.5%、「10. 推奨決定方法の記載」8.2%、「15. 推奨の具体性」7.2%、「19. 推奨の適用による制度・組織上の障害の考慮」6.7%、「16. 患者の状態に応じた選択肢の明示」6.5%では、平均よりも過小評価される傾向にあった。こ

のうち、「11. 健康上の利益・副作用・リスクの考慮」、「15. 推奨の具体性」を除く9項目では、AGREE 評価点が3点以下と低い。AGREE 評価票を用いて診療ガイドラインの評価を行う場合には、改善すべき項目とともに、実態より過小評価されやすい項目についても十分に留意される必要がある。

D. 考察 と E. 結論

AGREE は標準的な診療ガイドライン評価手法であるが、明示的な記載にのみ基づいて評価を実施するために、実際より過小評価される可能性がある。アンケート調査では、診療ガイドライン作成者の大部分が AGREE 評価票を有用であると評価していたが、実際の使用にあたっては、改善すべき項目とともに、実態より過小評価されやすい項目についても十分に留意される必要がある。

表1 明示的記載と実際の作成作業との比較

	AGREE 1 明示的記載に基づいた得点	AGREE 2 記載はないが、実際には何らかの形で実行されたなどの作成状況に基づいた得点	差異	
			AGREE 2 - AGREE 1	%
1. 目的の具体的な記載	3.50	3.55	0.05	1.4%
2. 取り扱う問題の具体的な記載	3.65	3.65	0.00	0.0%
3. 対象患者の具体的な記載	3.45	3.60	0.15	4.2%
4. 専門家代表者の作成への参加	3.43	3.50	0.07	2.0%
5. 患者の価値観や好みへの考慮	2.19	2.45	0.26	10.6%
6. 利用者の明確な定義	3.40	3.47	0.07	2.1%
7. 想定利用者による試行	1.65	2.21	0.56	25.4%
8. エビデンスの系統的な検索	3.71	3.81	0.10	2.5%
9. エビデンスの選択基準の記載	3.52	3.76	0.24	6.3%
10. 推奨決定方法の記載	2.90	3.16	0.26	8.2%
11. 健康上の利益・副作用・リスクの考慮	3.00	3.32	0.32	9.5%
12. 推奨とエビデンスの明確な対応関係	3.52	3.62	0.10	2.6%
13. 公表前の外部審査	1.84	2.05	0.21	10.3%
14. 改訂手続きの予定	2.60	2.84	0.24	8.5%
15. 推奨の具体性	3.20	3.45	0.25	7.2%
16. 患者の状態に応じた選択肢の明示	3.05	3.26	0.21	6.5%
17. 重要な推奨の明確さ	3.10	3.26	0.16	5.0%
18. 利用のツールが用意	2.62	2.70	0.08	3.0%
19. 推奨の適用による制度・組織上の障害の考慮	2.80	3.00	0.20	6.7%
20. 推奨適用に伴う費用の考慮	1.95	2.16	0.21	9.8%
21. モニタリング・監査の基準の提示	2.29	2.40	0.11	4.8%
22. ガイドライン編集の独立性	3.19	3.35	0.16	4.8%
23. 作成グループとの利害関係の記載	2.05	2.55	0.50	19.7%
合計	66.61	71.13	4.51	6.3%